ITEM 94 : RACHIALGIES

CERVICALGIE

Cervicalgie = douleur du rachis cervical : - **Cervicalgie commune** (majorité) : **détérioration dégénérative (cervicarthrose)** et/ou **troubles fonctionnels musculo-ligamentaires**
- **Cervicalgie symptomatique** d'une pathologie sous-jacente

Cervicalgie commune dégénérative

→ **Cervicarthrose anatomique** : > 50% des individus > 40 ans ↗ avec l'âge, asymptomatique dans la majorité des cas

Syndrome cervical	C	**Syndrome cervical chronique**	- **Douleurs de la nuque** pouvant irradier vers l'occiput, l'épaule, la région inter-scapulo-vertébrale ou latérocervicale, d'horaire **mécanique** (avec parfois une recrudescence nocturne), évoluant par poussées successives ± fond douloureux permanent - **Points douloureux** à la palpation de la colonne cervicale et des muscles spinaux - **Douleur** et **contracture** modérée de la **musculature paravertébrale** ± attitude antalgique (délordose ou flexion latérale et rotation) - **Limitation des mobilités cervicales** (le plus souvent modérée) - **Craquements** à la mobilisation du cou
		Syndrome cervical aigu = Torticolis	- **Douleur et raideur cervicale de survenue brutale,** volontiers le matin au réveil - **Raideur cervicale importante** - **Contracture douloureuse de la musculature paravertébrale**
		Origine discale	- Sujets les plus **jeunes** avec ATCD **traumatiques** - Tableau aigu et intense avec **impulsivité**
		Origine arthrosique	- Sujets les plus **âgés** - Cause la plus **fréquente** - Tableau torpide émaillé d'épisodes plus aigus
		« Drapeaux jaunes »	= Risque de chronicité par **facteurs psychosociaux :** - Problèmes émotionnels tels que la **dépression**, **l'anxiété**, le **stress**, une tendance à une **humeur dépressive** et le **retrait des activités sociales** - **Attitudes et représentations inappropriées** par rapport au mal de dos - **Comportements douloureux inappropriés**, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur - **Problèmes liés au travail** (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou **problèmes liés à l'indemnisation** (rente, pension d'invalidité) - *En plus d'après collège de douleur/soins pal* : sciatalgie persistante, incapacité f^{telle} importante, âge > 45 ans, mauvais état de santé perçu
		« Drapeaux bleus »	= Facteurs de pronostic liés aux **représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur** - **Charge physique élevée de travail** - **Forte demande au travail** et **faible contrôle sur le travail** - **Manque de capacité à modifier son travail** - **Manque de soutien social** - **Pression** temporelle ressentie - **Absence de satisfaction** au travail - **Stress** au travail - Faible espoir de **reprise du travail** - Peur de la **rechute**
		« Drapeaux noirs »	= Facteurs de pronostic liés à la **politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance** : - **Politique de l'employeur** empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste - **Insécurité financière** - **Critères du système de compensation** - **Incitatifs financiers** - **Manque de contact avec le milieu de travail** - **Durée de l'arrêt maladie**

Cervicalgie commune dégénérative	**Syndrome cervical**	PC	**= Cervicalgie aiguë =** aucune imagerie si < 6 semaines sauf si : - **Drapeau rouge = IRM d'emblée + NFS/CRP** - **Contexte d'entorse cervicale** : clichés dynamiques à distance (profil en flexion et extension) + charnière cervico-occipitale = Cervicalgie chronique sans radiculalgie : - **Rx standard = face, profil** et **¾ droit** et **gauche** : **ostéophytose antérieure**, **discarthrose** (pincement discal), **uncarthrose** (arthrose intervertébrale), **arthrose interapophysaire postérieure** (déforme le trou de conjugaison), prédominant au rachis cervical moyen ou bas - **IRM** : en 2ème intention ou **1ère intention si radiculalgie associée** : conflit radiculaire, étroitesse du canal médullaire, classification Modic - Parfois complété de **clichés dynamiques** en cas d'antécédents traumatiques/entorse cervicale ➙ Inutile en cas de simple torticolis ou de cervicalgies chroniques connues et déjà explorées (en absence de drapeau rouge)
	Autres		- **Névralgie cervico-brachiale** - **Myélopathie cervico-arthrosique**
	TTT	Cervicalgie aiguë	- **Repos, réassurance, antalgiques** (pallier 1 ou 2, pas de pallier 3)**, AINS** si pas de CI - **Immobilisation par collier cervical : non-indiquée** - **Kiné** non indiquée pour épisode aiguë isolé
		Cervicalgie chronique	- **Antalgiques** (niveau 1 ou 2 mais pas de pallier 3), **AINS** (lors des poussées douloureuses) - **Psychotrope** en cas de drapeau noir - **Repos relatif, proscrire immobilisation cervicale continue et prolongée** - **Kinésithérapie ++** : **rééducation proprioceptive, de renforcement des muscles paravertébraux et d'adaptation posturale** - Recherche et correction d'**attitudes prolongées peu ergonomiques** : tête penchée en avant, membres supérieurs en suspension… - **Manipulations** en cas de contracture musculaire rebelle
		Autres formes	- Névralgie cervico-brachiale ou myélopathie cervico-arthrosique : **traitement chirurgical**
Cervicalgie symptomatique	➙ Rare (< 1%), potentiellement grave, à rechercher systématiquement		
	DRAPEAUX ROUGES		= En faveur d'une origine **secondaire** *(et valable pour **toute rachialgie**, pas que cervicalgie):* - Début **insidieux**, progressivement croissant - Rythme **inflammatoire** - Symptômes neurologiques étendus (ex : anomalie sphinctérienne, anomalie motrice des membres, sd de la queue de cheval…) - Paresthésies au niveau du pubis - Localisation **thoracique (rachialgies dorsales),** déformation structurale de la colonne - Age d'apparition inférieur à **20 ans** ou supérieur à **55 ans** - Douleurs **intenses rebelles**, raideur globale - Localisations **multiples, atypiques** - ATCD/contexte **tumoral, infectieux, rhumatismal ou post traumatique** - **Immunodépression,** CTC, toxicomanie - **Fièvre, ADP, sueurs nocturnes, AEG, perte poids**
	Étiologies		- Tumorale : **métastase**, **localisation myélomateuse, tumeur primitive vertébrale** - Infectieuse : **spondylodiscite** - Inflammatoire : **spondylarthropathie**, **polyarthrite rhumatoïde**, **chondrocalcinose**, rhumatisme à apatite - Neuro : **tumeur intrarachidienne** ou **de la fosse postérieure** - Post-traumatique : **fracture**, **luxation** (➙ **clichés Rx dynamiques** à distance) - **Douleurs référées** d'origine ORL ou cervicale antérieur
	CAT		- Tableau clinique et radiographique typique : douleur mécanique, absence de fièvre, d'AEG, d'ADP, radiographie normale ou cervicarthrose isolée ➙ **arrêt du bilan étiologique** - Discordance radio-clinique ou doute diagnostique : **VS, CRP, EPP, calcémie, IRM du rachis ± scintigraphie osseuse** en cas de douleurs diffuses

DORSALGIE

Diagnostic	C	Examen du rachis	- **Statique** du rachis thoracique et de l'ensemble du squelette axial - **Souplesse rachidienne** en flexion et en extension (rachis thoracique : secteur le moins mobile), mesure de l'ampliation thoracique - **Points douloureux** à la palpation médiane (épineuse et interépineuse) et paravertébrale
			- Examen général : pleuropulmonaire, cardiovasculaire, abdominal, fosses lombaires - Examen neurologique : recherche de bande d'hypoesthésie, de syndrome lésionnel et sous-lésionnel
	PC		- En 1re intention = systématique devant toute dorsalgie : **Rx face et profil du rachis thoracique debout** - Au moindre doute et selon le contexte : **VS/CRP, NFS, EPP, RP, ECG, EOGD, scintigraphie, scanner, IRM**…
Dorsalgie secondaire non mécanique	→ à évoquer systématiquement, notamment en cas de dorsalgie aiguë : **Rx du rachis thoracique** systématique		
	Pathologie non rachidienne		- Cardiovasculaire : **insuffisance coronaire** (angor, IDM), **péricardite**, **anévrisme de l'aorte thoracique** - Pleuropulmonaire : **cancer bronchique, pleurésie** infectieuse ou néoplasique**, tumeur médiastinale** - Digestive : **ulcère gastrique** ou **duodénal, affection hépatobiliaire, oesophagite, pancréatite, gastrite, cancer gastrique, de l'œsophage** ou **du pancréas**
	Affection rachidienne		- **Spondylarthropathie** (à évoquer en premier lieu) - **Spondylodiscite infectieuse** - **Fracture ostéoporotique** - Tumeur intrarachidienne : **neurinome, épendymome, méningiome**… - Tumeur maligne : **métastase, myélome** - Tumeur bénigne : **ostéoblastome, angiome vertébral, ostéome ostéoïde**… - **Maladie de Paget**
Dorsalgie mécanique	**Étiologies**		- **Scoliose** : souvent asymptomatique, lésions dégénératives avec le vieillissement - **Maladie de Scheuermann** : épiphysite de croissance à l'adolescence, souvent asymptomatique. Risque de dégénérescences discales ultérieures. - **Cyphose sénile de Schmorl** : maladie de Scheuermann compliqué d'arthrose vertébrale - **Hernie discale** : rare, asymptomatique ou syndrome lésionnel et sous-lésionnel - **Arthrose** costovertébrale et zygapophysaire: favorisée par les troubles de la statique vertébrale, souvent asymptomatique. - **Dorsalgies « fonctionnelles » :** localisation atypique de ce type de douleurs
	TTT		= Réassurance et traitement **symptomatique** avec : - Antalgiques de palier 1 voire 2, pas de palier 3 - AINS : en l'absence de contre-indication - kinésithérapie : non-indiquée pour un épisode aigu isolé - **Infiltrations ciblées** (risques +++ au niveau dorsal)

LOMBALGIE

Diagnostic

SF

- **Douleur** : siège (lombaire basse, lombofessière), irradiations (fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, hypogastrique, pli inguinal), rythme mécanique ou inflammatoire (possible en cas de lombalgies communes en période aiguë)
- **Impulsivité** à la toux ou à la défécation (origine discale)
- **Lombalgie commune** : ↗ par le port de charge, l'effort, la station debout ou assise prolongée ↘ par le repos

NB important : les lombalgies et les lombosciatalgies chroniques (traitées dans un autre item) ont des physiopathologies et traitements **identiques**

SC

- **Trouble de la statique sagittal** (hyperlordose lombaire) ou **frontal** (scoliose)
- **Mobilité** du rachis articulaire, **contracture** musculaire paravertébrale, **points douloureux**
- Recherche de **signes de souffrance radiculaire ou d'une atteinte de la queue de cheval,** d'un **syndrome cellulomyalgique**, de signes de **souffrance articulaire sacro-iliaque** et **coxo-fémorale**

PC

- **Rx standard** : statique rachidienne, dégénérescence discale, anomalies morphologiques congénitales ou acquises (ne sont plus recommandées isolément par la HAS)
- **IRM :** En première intention dorénavant, avec la classification **Modic** des discopathies érosives
  - Type 1 : Hyposignal T1 et **Hypersignal T2** → **Œdème**
  - Type 2 : **Hypersignal T1** et **Hypersignal T2** → **Involution graisseuse**
  - Type 3 : Hyposignal T1 et Hyposignal T2 → **Ostéosclérose**

Évaluation

CIF

Classification internationale du fonctionnement évalue sur 4 dimensions :
- **Déficience :** douleur (EVA), atrophie musculaire, Lasègue, questionnaire DN4 si douleur neuropathique
- **Incapacité** : tb de la marche, qst^{aire} Roland Morris ou Oswestry pour lombalgie, Québec pour lomboradiculalgie
- **Handicap** : désavantage social, professionnel, qst^{aire} de handicap prioritaire, retour au travail
- **Qualité de vie** : questionnaire de Dallas, générique SF36

Lombalgie commune = dégénérative

= Extrêmement fréquente = **70%** de la population adulte, prévalence maximale entre **50** et **65 ans,** affection la plus invalidante au monde, 2ème motif de consultation en médecine générale, 19% des arrêts de travail
- **FdR** : efforts répétés, antécédents de traumatisme, antécédents familiaux, tabagisme, sédentarité, surpoids, troubles de la statique rachidienne

Origine discale

- **Âge 25-50 ans**
- Facteur déclenchant, ATCD similaire
- Lombalgie **médiane**, **mécanique**, **impulsive**
- Contracture musculaire avec attitude antalgique
- Risque de radiculalgie ou de compression de la queue de cheval (rare)

Origine arthrosique

- **Âge > 50 ans**
- Lombalgie médiane ou unilatérale, améliorée par **l'antéflexion**, hyperesthésie au « palper-rouler»
- Douleurs référées, sans trajet précis
- **Facteurs favorisants** : hyperlordose, surpoids, syndrome trophostatique, scoliose, instabilité discovertébrale
- Risque rare de radiculalgie ou de **canal rachidien rétréci**

Autres

- Lyse isthmique, Canal lombaire rétréci, Sténose foraminale, Arthrose interapophysaire postérieure
- Trouble de la statique rachidienne, Instabilité rachidienne
- **Lombalgie post opératoire** (apparition après une chirurgie du rachis, tendance à la chronicisation, douleurs neuropathiques essentiellement donc ttt médicamenteux orienté pour DN = antidep/anti-épileptiques/TENS, non due à la fibrose qui est un tissu cicatriciel banal visible à l'imagerie, ne surtout pas réopérer, contexte psycho-social difficile ++)

Lumbago

= **Lombalgie aiguë < 6 semaines** : tableau le plus fréquent

SF

- **Douleur lombaire basse**, survenant de façon brutale lors d'un effort, avec sensation de blocage
- **Impotence fonctionnelle** majeure
- Efforts de toux et de défécation souvent à l'origine de paroxysmes douloureux
- Antécédents lombalgiques banals, régressifs, peu invalidants

SC

- **Attitude antalgique**
- **Limitation des mobilités** importante, élective ou largement prédominante dans 1 ou 2 secteurs
- Recherche de **signes d'irritation radiculaire** et de **déficit neurologique** des MI ou périnéaux

PC

➙ Aucun bilan complémentaire en 1re intention devant une lombalgie **< 6 semaines** sauf si :
- **Drapeau rouge = IRM d'emblée + NFS/CRP**
- Suspicion de **fracture vertébrale** = ostéoporose, FdR ostéoporotique, sujet âgé : **Rx + TDM/IRM**
- Avant TTT par manipulation vertébrale : éliminer formellement toute lombalgie symptomatique

➙ Il est donc maintenant recommandé de réaliser une **IRM** (ou un **TDM à défaut**) en première intention : les radiographies seules ne sont plus recommandées

<table>
<tr><td rowspan="6">Lombalgie commune = dégénérative</td><td rowspan="2">Lumbago</td><td>TTT</td><td>➙ Évolution dans la majorité des cas vers la régression en quelques jours : rassurer ++
- Éducation thérapeutique pour prévenir le passage à la chronicité
- Repos actif : essayer de poursuivre les activités ordinaires compatibles avec la douleur
- TTT médicamenteux symptomatique : antalgique, AINS (Paliers 3 non recommandés)
- Ceinture de maintien lombaire possible (n’entraine pas d’amyotrophie en raison du rôle antigravitaire des muscles érecteurs du rachis)
- Non recommandés ou pas de preuve d’efficacité : myorelaxants, nefopam, cortico
- À proscrire = repos au lit strict, arrêt de travail prolongé
➙ Cs de suivi à 2-4 semaines (et à 6-12 semaines si FdR de passage à chronicité)
➙ La kinésithérapie n’a pas de place pour un épisode aigu isolé : mais indiquée en cas de douleur persistante > 6 semaines ou chez les patients à risque de passage à la chronicité</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Lombalgie commune chronique</td><td colspan="2">= Persistance de douleurs lombaires invalidantes > 3 mois : rare = 10% des cas, invalidante
- Généralement chez des sujets aux antécédents de lumbago à répétition, parfois inaugurale
- On parle de lombalgie subaiguë entre 6 semaines et 3 mois</td></tr>
<tr><td>C</td><td>- Douleur lombaire basse, de rythme mécanique, entravant peu les activités, irradiant souvent dans les fesses, parfois à la partie postérieure des cuisses (sans topographie radiculaire)
- Limitation modérée des mobilités, souvent élective, points douloureux électifs à la palpation</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Lombalgie commune chronique</td><td>PC</td><td>- IRM en première intention (peut montrer un hyper signal discovertébral, classification Modic 1, seul signe d’imagerie corrélé aux douleurs)
- ± complétée par Rx standards du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face (ne sont plus recommandées isolément) si tb de la statique ou recherche d’instabilité : lésions d’arthrose lombaire, parfois discrète (sans parallélisme radio-clinique), rarement normales</td></tr>
<tr><td>Évolut°</td><td>- Évolution favorable dans la grande majorité des cas, sans invalidité marquée
- Handicap sévère dans les professions nécessitant une sollicitation importante du rachis
NB : on parle de « lombalgie complexe ou compliquée » non pas pour parler de celles 2^{ndaires} mais pour parler des causes complexes des lombalgies communes chroniques</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>= Éducation thérapeutique au premier plan
- But = réduction de la douleur, amélioration fonctionnelle et du handicap, réinsertion pro et sociale
- Repos limité et non inutilement poursuivi, poursuivre activité physique/pro/sociale si possible
- TTT médicamenteux : antalgique de palier I ou II (opioïdes au long cours contre-indiqués), AINS en phase aiguë
- Kinésithérapie de rééducation essentielle et active en limitant le passif ++ (série initiale de 15 séances) : gymnastique de renforcement des muscles du tronc et du segment lombo-pelvien, étirements des muscles sous-pelviens (psoas, ischio, quadriceps), entretien articulaire lombaire, correction des troubles statiques (techniques d’adaptation posturale), techniques d’ergonomie rachidienne (verrouillage de la charnière lombo-sacrée…) et autorééducation
- Si douleur neuropathique associée : anti-dépresseurs tricycliques, IRSNA, gabapentinoïdes et neurostimulation électrique transcutanée (TENS) possibles
- Infiltrations cortisoniques au niveau zygapophysaire en poussée inflammatoire arthrosique ou si radiculalgie associée (et en 2ème intention) mais peu utile sur lombalgie chronique isolée, thermocoagulation voire infiltrations cortisoniques intradiscales (stade Modic 1)
- Correction d’un trouble statique (mais pas d’intérêt de corset si pas de scoliose par ex)
- Programme de restauration fonctionnelle du rachis (en 2nde intention, équipe pluridisciplinaire constituée de MPR, Rhumatologue, Kiné, APA…) : nécessite un bilan pré-rééducation (raideur musculaire, Schober, syndrome de déconditionnement à l’effort, échelles FABQ, Québec, qualité de vie…)
- Chirurgie (exceptionnelle, résultats inconstants) : arthrodèse intervertébrale, prothèse discale</td></tr>
<tr><td>Arrêt de travail</td><td>- Sédentaire : 1 jour
- Travail physique léger : 3 jours (Charge ponctuelle < 10 kg, Charge répétée < 5 kg)
- Travail physique modéré : 14 jours (Charge ponctuelle < 25 kg, Charge répétée < 10 kg)
- Travail physique lourd : 35 jours (Charge > 25 kg)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Lombalgie symptomatique = non dégénérative</td><td colspan="3">= rare (< 1%), à évoquer systématiquement, notamment si :
- Début progressif, insidieux, sans facteur déclenchant
- Atypies topographiques de la douleur : lombaire haute ou caractère étendu
- Rythme atypique des douleurs : nocturnes ou en 2e partie de la nuit
- Intensité, ténacité des douleurs ou aggravation progressive
- Absence d’antécédents de lombalgie (surtout chez le sujet âgé)
- Raideur globale et intense du rachis lombaire à l’examen clinique
- Contexte : antécédent suspect, asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, lésions cutanées, tumorales…</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Rx standard, IRM en 2e intention
- VS/CRP, EPP, calcémie
- Scintigraphie osseuse en cas de douleurs diffuses</td></tr>
</table>

Lombalgie symptomatique = non dégénérative	Tumeur maligne : myélome, MT	- **Rx** : **fracture vertébrale** (« tassement vertébral »), **ostéolyse** (« vertèbre borgne » : disparition d'un pédicule sur le cliché de face), **déminéralisation diffuse** (forme décalcifiante diffuse du myélome), **ostéocondensation vertébrale**, ou possiblement normales - **IRM** : confirmation des lésions, localisation, rapports avec les tissus adjacents. - **Biopsie dirigée** si diagnostic non certain, **biopsie chirurgicale** en cas de tumeur intrarachidienne
	Tumeur bénigne	- **Ostéome ostéoïde** : douleurs intenses, volontiers nocturnes, évoluant par crises de quelques heures, soulagées par l'aspirine ou les AINS, image d'ostéocondensation intense centrée par une zone claire renfermant un îlot dense (image « en cocarde » du nidus), hyperfixation intense à la scintigraphie - Autres (plus rare) : **neurinome, méningiome, angiome vertébral** (dégénérescence graisseuse associée et rassurante)
	Infectieuse	- **Spondylodiscite**, ou plus rarement **spondylite pure**
	Rhumatisme	- **Spondylarthropathie, CCA ou rhumatisme à apatite**
	Ostéopathie déminéralisante	= **Ostéoporose**, **ostéomalacie** ou autre ostéopathie fragilisante - **Fractures vertébrales** (« tassements vertébraux ») : cause la plus fréquente, fracture du sacrum
	Cause extrarachidienne	- **Anévrisme de l'aorte abdominale** : lombalgie aiguë très intense (fissuration) ou lombalgie chronique, irradiations abdomino-génito-crurales, par paroxysmes, rythme inflammatoire (syndromes fissuraires) - Pathologie urinaire = **lithiase rénale chronique, hydronéphrose, tumeur rénale** : lombalgie haute, souvent latéralisée (angle costo-lombaire), irradiant dans le flanc, voire aux OGE - Pathologie digestive : **tumeur digestive** (gastrique, colorectale, pancréatique), **pancréatite chronique** - **Tumeur pelvienne, ADP prérachidienne, fibrose rétropéritonéale** *(attention : différent de la fibrose post op des lombalgies post op ++)*
Sacralgie	Diagnostic positif	- Douleur localisée en regard du **sacrum**, pouvant **irradier vers les fesses** et la face postérieure de cuisses - Reproduite à la palpation/mobilisation du sacrum ou des sacro-iliaques (**tests des sacro-iliaques**) - **Gêne fonctionnelle** : marche, station assise - Rechercher des signes de **gravité** (drapeaux rouges) : signes généraux, syndrome inflammatoire, antécédents de traumatisme ou d'ostéopathie fragilisante - **Évolution** aiguë ou chronique - **DD** : coccygodynies, lombalgies avec irradiation sacrée
	Diagnostic étiologique et paraclinique	- Rechercher un **traumatisme du bassin** - **Radiographies** du bassin de face et cliché de de **Sèze** : recherche d'une arthrose lombo-sacrée et sacro-iliaque ou de signes de sacro-iliite - Discuter un **scanner du bassin ou scintigraphie** osseuse en cas de suspicion de fracture du sacrum (sacralgie d'apparition brutale chez le sujet âgé et/ou ayant une ostéopathie fragilisante, même sans facteur traumatique) - Discuter une **IRM du bassin** en cas de suspicion de rhumatisme inflammatoire ou autre cause secondaire - **Cause extra-rachidienne** : constipation, anomalie pelvienne
Coccygodynie	Diagnostic positif et orientation	- Douleur localisée à l'aire coccygienne, **sans irradiation** significative - Reproduite à la **palpation/mobilisation** du coccyx ou sacro-coccygienne - Exacerbée à la **station assise** et/ou au relever de la station assise - Gêne fonctionnelle : station assise (en voiture, au travail…) - **Évolution** aiguë ou chronique → **Orientation étiologique :** douleur au relever du siège > suspect de subluxation et/ou fracture → **DD** : douleurs sacro-iliaques, anales (douleur anale), lombaires avec irradiation coccygienne, névralgie pudendale (douleur pelvienne, douleur testiculaire)
	Facteur déclenchant	- **Traumatisme** : délai très court entre traumatisme et douleur = responsabilité certaine ; délai < 1 mois = responsabilité très probable ; délai > 3 mois, responsabilité improbable - **Obésité/grossesse** = facteur de risque de **subluxation**